

自立支援・重度化防止に向けた ケアマネジメントのガイドライン (事業者用)

令和5年3月
上三川町健康福祉課高齢者支援係

ケアマネジメントの質向上を通じて、利用者の自立支援・重度化防止を図るため、「上三川町自立支援・重度化防止に向けたケアマネジメントのガイドライン」(以下「ガイドライン」という。)を定めます。

1. ガイドライン作成の目的

介護保険法ではその基本理念として、第1条において、介護等を必要とする人が「尊厳を維持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、(中略)国民の保健医療の向上及び福祉の増進を図ることを目的とする」ことが規定されています。

また、保険給付についても第2条で「要介護状態等の軽減又は悪化の防止に資するよう行われる」こと、そして「被保険者の選択に基づき、(中略)総合的かつ効率的に提供されるよう配慮して行われなければならない。」と定められています。

これらの基本理念のもと介護保険を推進するためには、要介護者・要支援者及び家族等を支える介護支援専門員や介護サービスを提供する事業者による適切かつ質の高いケアマネジメントが重要です。

そのため上三川町では、ケアマネジメントの適正化や質の向上を通じて、介護保険制度の基本理念である「自立支援」や「重度化防止」等の実現を目指し、本ガイドラインを策定しました。

○介護保険法

第一条 この法律は、加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態となり、入浴、排せつ、食事等の介護、機能訓練並びに看護及び療養上の管理その他の医療を要する者等について、これらの者が尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行うため、国民の共同連帯の理念に基づき介護保険制度を設け、その行う保険給付等に関して必要な事項を定め、もって国民の保健医療の向上及び福祉の増進を図ることを目的とする。

第二条 介護保険は、被保険者の要介護状態又は要支援状態（以下「要介護状態等」という。）に関し、必要な保険給付を行うものとする。

2 前項の保険給付は、要介護状態等の軽減又は悪化の防止に資するよう行われるとともに、医療との連携に十分配慮して行われなければならない。

3 第一項の保険給付は、被保険者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、被保険者の選択に基づき、適切な保健医療サービス及び福祉サービスが、多様な事業者又は施設から、総合的かつ効率的に提供されるよう配慮して行われなければならない。

4 第一項の保険給付の内容及び水準は、被保険者が要介護状態となった場合においても、可能な限り、その居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように配慮されなければならない。

2. ケアマネジメントの基本方針

上三川町におけるケアマネジメントの基本方針は、以下の条例に定めています。

○上三川町指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準を定める条例

第3条 指定居宅介護支援の事業は、要介護状態となった場合においても、その利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう配慮して行われるものでなければならない。

2 指定居宅介護支援の事業は、利用者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、利用者の選択に基づき、適切な保健医療サービス及び福祉サービスが、多様な事業者から、総合的かつ効率的に提供されるよう配慮して行われるものでなければならない。

3 指定居宅介護支援事業者は、指定居宅介護支援の提供に当たっては、利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立って、利用者に提供される指定居宅サービス等が特定の種類又は特定の指定居宅サービス事業者に不当に偏することのないよう、公正中立に行わなければならない。

4 指定居宅介護支援事業者は、事業の運営に当たっては、市町村（特別区を含む。以下同じ。）、地域包括支援センター、老人福祉法（昭和38年法律第133号）第20条の7の2に規定する老人介護支援センター、他の指定居宅介護支援事業者、指定介護予防支援事業者、介護保険施設、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（平成17年法律第123号）第51条の17第1項第1号に規定する指定特定相談支援事業者等との連携に努めなければならない。

5 指定居宅介護支援事業者は、利用者の人権の擁護、虐待の防止等のため、必要な体制の整備を行うとともに、その従業者に対し、研修を実施する等の措置を講じなければならない。

6 指定居宅介護支援事業者は、指定居宅介護支援を提供するに当たっては、法第118条の2第1項に規定する介護保険等関連情報その他必要な情報を活用し、適切かつ有効に行うよう努めなければならない。

また、上三川町高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画においても、「いつまでも 元気で安心 上三川」の基本理念のもと、地域全体で支え合い、可能な限り住み慣れた地域で生活を継続することができるよう、地域包括ケアシステムの推進、高齢者の自立支援と要介護状態の重度化防止、地域共生社会の実現を図るために、高齢者施策への取組みを総合的に一層充実・強化し展開しております。

3. 自立支援・重度化防止に向けて

加齢に伴い心身共に変化が起きることで、住み慣れた地域であっても高齢者がこれまでの生活を維持することは徐々に難しくなります。高齢者本人らしい生活には、尊厳を保持した自立が必要不可欠です。ここでいう自立は、身体機能での自立だけではなく、心理的、経済的、社会的立場等の側面も含めた複合的な概念となります。

自立支援・重度化防止の推進において、本人の自己決定を尊重することが最も重要になります。そのため、「本人はどのような生活を望んでいるか」といった意向を踏まえて、「それを阻害している個人要因や環境要因は何なのか」といったアセスメントに基づき、本人の意思を確認しながら、ケアプランを作成します。

その際、本人の自己決定だから全てを受け入れることが、自立に向けたケアプランではな

いことに注意が必要です。特に実際の状態と乖離した意向がある場合には、その理由を解明し、本人の現状認識を深める働きかけ等を行いながら、意思決定支援を行う必要があります。

中でも、自立において本人の意欲が重要な要因であることを考えると、消極的・拒否的な意向の場合は特に留意する必要があります。「できる能力があるのに、していないことは何か」等の視点から、自立に向けての意欲が喪失している理由を解明し、本人の想いを引き出し、意欲を高める方法等を検討することが必要になります。

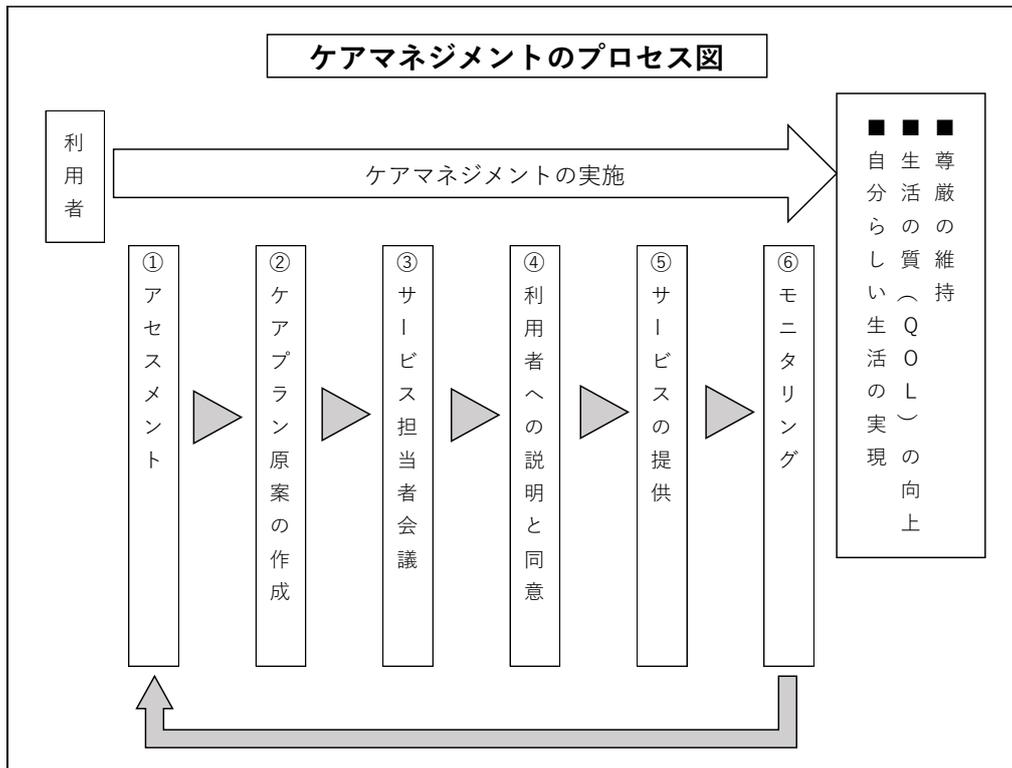
そして、自立は一度で成し得ることではなく、環境との継続的な相互作用をとおして可能になります。そのため、将来を見越してケアプランを作成するとともに、本人の自立を可能にするための、家族や地域への働きかけについても検討する必要があります。



本人の自立に向けて、本人や
家族などのインフォーマルサービスで
ケアできるときもあるね

4. ケアマネジメントのプロセス

利用者の自立支援に資するケアマネジメントの実施においては、計画（PLAN）、実行（DO）、評価（CHECK）、改善（ACTION）の4つの段階で構成されるPDCAサイクルを多職種にわたるチームで繰り返していき、改善していくことが重要です（次図参照）。



① アセスメント

アセスメントは、生活全般に関わる情報を収集・分析し、利用者のニーズを明確にする過程です。

利用者ニーズの明確化にあたり、専門職は利用者の要望を丁寧にヒアリングするだけでなく、介護保険法の趣旨（自立支援や重度化防止、適正利用等）を説明しながら、利用者からこれまでの生き方や求めている生活、大切にしたいこと、充実感や満足感の高かった体験談・エピソード等を聞いた上で、「自分らしい生活の実現」を意識してもらうことに努めましょう。

② ケアプラン（居宅サービス計画）原案の作成

利用者の人権や主体性を尊重し、利用者のニーズを踏まえながら、利用可能な社会資源を活用した居宅サービス計画（以下「ケアプラン」という。）原案を作成します。

利用者の人権や主体性を尊重しつつ、アセスメントから得た情報を専門職の視点で分析しましょう。そのうえで利用者・家族等と相談しながら、短期・長期の目標の連動性と達成の可能性のある具体的な目標設定（期間の考慮を含む）を行い、サ

サービス導入による自立支援の可能性等を検討しましょう。利用者・家族等にサービスの強い要望がある場合であっても、サービス導入の根拠を明確にしつつ、専門職としてのプランニングに心がけましょう。

③ サービス担当者会議

サービスに携わる担当者が協働・連携し、チームで利用者・家族等やサービス担当者からの意見をもとに、原案を修正し、総合的な援助方針を決定し、目標を共有化します。

サービス担当者会議は、ケアマネジャーや事業者、利用者・家族等が支援の方向性を確認し、共通の認識を持つ貴重な場です。顔の見える関係を作るとともに、話し合いを通じて「チームで支える」という視点を持ちながら、利用者・家族等と「自立支援・重度化防止」を意識した目標の理解を深め合うようにしましょう。

④ 利用者への説明と同意（ケアプランの確定・交付）

作成したケアプランを利用者・家族等へ説明のうえ同意を得て、利用者・家族等及び各事業者へ交付します。また、各事業者がケアプランに基づいて作成した個別支援計画との整合性を確認します。

利用者・家族等への説明に当たっては、利用者・家族等を支えるチームが、同じ目標に向かってともに取り組む姿勢にあることを感じてもらえるようにしましょう。（図①から続く重層的な説明）

⑤ サービスの提供

計画に基づいて作成された個別のプログラムを提供します。利用者の心身の状況や実施内容等を記録し、チームで共有のうえ、次回のサービスに活かせるようにします。

サービスの提供においては、自立支援・重度化防止に向けて、「自分でできること」を大切に、適正な介護量を見極めながら支援しましょう。また、利用者・家族等の支援に関わるチームの全員が、計画に定めた（自分らしい生活に向けた）目標を理解し、サービスの提供を通じて得た情報を共有しながら、利用者へ動機づけをしていくことが大切です。

⑥ モニタリング

サービスの利用開始時は、利用者・家族等のサービスの適応状況を把握し、サービスの継続時は事前に設定した目標の達成度や効果の検証が必要です。必要に応じて再アセスメント（図①に戻る部分）を行い、モニタリングをくり返しながらケアプランを評価し、適切なサービス計画へ見直しを行います。

状態や環境の変化（気づき）を多職種間で共有するなど、チーム全員がモニタリングに関わることで、きめ細かなケアマネジメントにつながります。利用者・家族等の目標への理解、信頼関係の醸成、チームの関係強化を図りましょう。

5. 介護予防ケアマネジメントの類型と考え方

介護予防ケアマネジメントのプロセスについては、利用者の状況や、基本チェックリスト及びアセスメントシートの結果、本人の希望する生活やサービス等を踏まえて、従来からの介護予防支援のマネジメントのプロセスに沿ったうえで、次のような類型を利用者の状況に応じて実施します。

ア ケアマネジメント A（原則的な介護予防ケアマネジメント）

予防給付に対する介護予防ケアマネジメントと同様、アセスメントによってケアプラン原案を作成し、サービス担当者会議を経て決定する。モニタリングについては少なくとも3か月ごとに行い利用者の状況等に応じてサービスの変更も行うことが可能な体制をとっておく。

イ ケアマネジメント B（簡略化した介護予防ケアマネジメント）【調整中】

アセスメント（課題分析）からケアプラン原案作成までは、ケアマネジメント A と同様実施しつつ、サービス担当者会議を省略したケアプランの作成と、間隔を空けて必要に応じてモニタリング時期を設定し、評価及びケアプランの変更等を行う簡略化した介護予防ケアマネジメントを実施する。

ウ ケアマネジメント C（初回のみ介護予防ケアマネジメント）【調整中】

ケアマネジメントの結果、利用者本人が自身の状況、目標の達成等を確認し、住民主体のサービス等を利用する場合に実施する。

初回のみ、簡略化した介護予防ケアマネジメントのプロセスを実施し、ケアマネジメントの結果（「目標とする生活」「現状の状態・本人及び家族の希望」「課題（背景・原因）」「目標に向けた具体的提案と実施方針」等を記載）を利用者に説明し、理解を得たうえで、利用者自身のセルフマネジメントによって、住民主体の支援の利用等につなげる。その後は、地域包括支援センターによるモニタリングは行わない。利用者の状況の悪化や、利用者からサービス変更等の相談があった場合に、地域包括支援センターによるケアマネジメントに移行する。

【参考】○実施主体○

利用者本人が居住する住所地の地域包括支援センターにおいて実施する。

介護予防ケアマネジメントは、地域包括支援センターに配置されている3職種（主任介護支援専門員、保健師、社会福祉士）のほか、介護支援専門員等の指定介護予防支援業務を行っている職員により実施することができ、これらの職員が相互に協働しながら行うものである。

しかし、包括的支援事業全体の円滑な実施を考えたうえで、地域包括支援センターが業務の一部を指定居宅介護支援事業所に委託し、当該事業所の介護支援専門員によって実施することも可能である。

介護予防ケアマネジメントの実施に当たっては、地域包括支援センターの実施件数、指定

居宅介護支援事業所の受託件数の制限は設けておらず、居宅介護支援費の逓減制には含まれていないが、地域包括支援センターにおける包括的支援事業の実施状況や介護予防ケアマネジメントの業務量等を考慮して人員配置等の体制整備をしていく。

① ケアマネジメント A【原則的な介護予防ケアマネジメントのプロセス】	
<ul style="list-style-type: none"> ・介護予防・生活支援サービス事業の指定を受けた事業所のサービスを利用する場合 ・訪問型サービス C、通所型サービス C を利用する場合 ・その他地域包括支援センターが必要と判断した場合 	アセスメント →ケアプラン原案作成 →サービス担当者会議 →利用者への説明・合意 →ケアプランの確定・交付 【利用者・サービス提供者へ】 →サービス利用開始 →モニタリング【給付管理】
② ケアマネジメント B【簡略化した介護予防ケアマネジメントのプロセス】	
①または③以外のケースで、ケアマネジメントの過程で判断した場合（指定事業所以外の多様なサービスを利用する場合等）	アセスメント →ケアプラン原案作成 （→サービス担当者会議） →利用者への説明・同意 →ケアプランの確定・交付 【利用者・サービス提供者へ】 →サービス利用開始 （→モニタリング【適宜】）
③ ケアマネジメント C【初回のみ介護予防ケアマネジメントのプロセス】	
<ul style="list-style-type: none"> ・ケアマネジメントの結果、補助や助成のサービス利用や配食などのその他の生活支援サービスの利用につなげる場合 （※必要に応じ、その後状況把握を実施） 	アセスメント →ケアマネジメント結果案作成 →利用者への説明・同意 →利用するサービス提供者等への説明・送付 →サービス利用開始

〈番外編〉セルフケアプランについて

介護保険（予防）サービス、総合事業サービスを利用するためにはサービス計画を作成する必要があります。このうち、介護（予防）サービス計画はケアマネジャーに作成を依頼することができますが、利用者やその家族の希望により自ら作成することもできます。この場合、利用者はあらかじめ上三川町へ自ら作成した計画を届け出て、上三川町の確認を経ることで当該計画に基づいた指定サービスが提供されることとなります。

サービスを受ける利用者自らが自身の計画を作ることは、介護予防の観点からも効果があります。

※総合事業サービス計画については、セルフケアプランの対象外とします。

利用者さん本人でケアプランを作りたいとき、
担当する利用者さんがセルフケアプランを希望しているとき・・・
まずは上三川町健康福祉課までご相談ください！



6. ケアマネジャー及び主任介護支援専門員に求められること

ア ケアマネジャー

前述のケアマネジメントを推進していくうえで、主に「自立した日常生活への配慮」「公正中立」「他職種の連携」「継続的な技能の向上」といった4つの視点を持つことが重要です。（前掲「上三川町居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準を定める条例」）

（1）自立した日常生活への配慮

ケアマネジメントは、利用者が可能な限りその居宅において有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように配慮する必要があります。

（2）公正中立

サービス等が特定の種類又は特定の事業者若しくは施設に不当に偏ることのないよう、公正かつ誠実にその業務を行うことが求められます。また事業者を選定する際は、利用者・家族等の置かれた状況を考慮しながら、目標達成に適した事業所を利用者・家族等と検討しましょう。

（3）多職種との連携

利用者の自立支援・重度化防止を進めていくためには、多様な専門職が協働・連携してサービスを提供することが不可欠です。各分野の専門職の見解等を尊重しながら、総合的かつ効率的にチームケアが実践されるようにケアマネジメントを進めていきましょう。

（4）継続的な技能の向上

介護サービスを取り巻く環境は日々変わります。社会環境や価値観の変化、介護保険や社会保障等の制度改正、町の新たな施策や地域資源等、以前に習得した知識や技術だけでは、利用者のニーズに十分対応できるとは言えません。研修をはじめ様々な機会を捉えた知識の習得に加え、専門職同士の（地域）交流を通じた情報収集等の自己研鑽を心がけましょう。

イ 主任介護支援専門員

介護保険法の改正に伴い、経過措置はあるものの、居宅介護支援事業所の管理者は主任介護支援専門員であることが必須条件となっています。

主任介護支援専門員は、事業所の管理・運営だけでなく、自らもケアマネジメントを実践しながら、地域の他のケアマネジャーへスーパーバイズを行い、地域全体におけるケアマネジメントの質の向上に努めていく必要があります。

そのため、利用者・家族等の問題や地域課題の把握、適切な指導等といった技術の向上に加え、地域ケア会議への参画や社会資源の開発、ネットワークの構築等の活動を行いながら、自らの資質を高めていくことが求められています。

7. 介護サービス事業者等に求められること

サービス担当者会議で同意を得たケアプランに基づき、サービスの個別援助計画を作成します。個別援助計画は、生活課題の解決方法、ケアプランとの連動、医療機関の連携等を考えながら、他職種で連携して作成し、利用者が理想とする生活像にアプローチできるように目標を設定します。

サービス事業者は利用者に関わる機会が多いため、体調や環境の変化等があれば、ケアマネジャー等へ適宜報告・連絡することが必要となります。

また、ケアプラン原案を作成するときは、達成度を測ることができる目標等を設定し、ケースカンファレンス等にて、サービスの内容がその目標に向けて適切な内容となっているか確認しましょう。達成が見込まれる状況の場合は、次なる（自分らしい生活に向けた）目標を、利用者・家族等・ケアマネジャー・事業者のチームで検討しましょう。

8. 利用者・家族等へのアプローチ

自立支援・重度化防止に向けたケアマネジメントを達成していくためには、利用者の理解や協力が不可欠です。前述の「4. ケアマネジメントのプロセス」で述べた各段階に応じて適切に対応することが必要となります。

特に、利用者にとって初めての相談や利用時の説明は極めて重要で、この時に利用者が理解した内容が介護保険制度の理解そのもの（考え方の基本）になる傾向があります。

そのため、全ての事業者が、このガイドラインの趣旨を理解したうえで利用者へ説明・対応することが求められます。

また、相談や提案に際しては、利用者への真摯な姿勢を示しながら、信頼関係を築いていくことも重要となります。

利用者に制度の趣旨やケアマネジメントの理解を図るときは、各種パンフレットを最大限活用して行ってください。

また、前述の「4. ケアマネジメントのプロセス①アセスメント②ケアプラン原案の作成」にもあるように、利用者・家族等の直接的な要望（ヘルパーさんに家事をやってほしい、福祉用具を借りたい等）をケアプランに採用する場合、利用者の目標や自分らしい生活の実現にそぐわない可能性があります。「こんな暮らし（生活）をしたい。そのために必要なサービスを使ってこのように改善をできれば、自分の望む暮らしの実現に近づく」といった、自立支援・重度化防止に向けたストーリーが生まれるような話し合いを心がけましょう。

9. 町の取組み

ア ケアプラン点検

ケアプラン点検とは、ケアマネジャーが作成したケアプランが、ケアマネジメントのプロセスを経て「自立支援」に資する適切なケアプランとなっているかを、保険者等がケアマネジャーの協力のもと検証確認する事業です。この目的として、点検を通じてケアマネジャーの「気づき」を促し、マネジメント力の向上も含まれています。

イ 地域ケア会議

地域ケア会議は、介護保険法第115条の48で定義されており、上三川町が設置し、行政職員をはじめとした地域の医療・介護関係者等で構成される会議のことを言います。

個別ケースについて、他職種からの助言を得ながら、高齢者の自立支援にかかるケアマネジメントの支援、地域包括ネットワークの構築、地域課題の把握を通じて、包括的かつ継続的な支援を行うこと、また、個の課題から地域課題への吸い上げを行い、地域づくりに向けた課題発見・解決につなげていくことを目的とした会議です。

10. 具体的なツール

ケアマネジメントの実施に当たっては、平成27年6月5日付厚生労働省「介護予防・日常生活支援総合事業における介護予防ケアマネジメント（第1号介護予防支援事業）の実施及び介護予防手帳の活用について」にて例示されている「利用者基本情報」等の様式を活用しています。

11. ガイドラインの理解・普及に向けて

利用者の自立支援・重度化防止の推進に当たり、本ガイドラインを居宅介護支援事業所はもとより、介護保険サービス事業者へ幅広く周知し、理解を得ることが重要です。そのため、町内の全事業者を始め関係団体への普及・啓発を行います。

また、利用者・家族等（地域住民を含む）への周知についても、簡易版ガイドラインを作成し啓発を行い、自立支援・重度化防止の意識づけを行います。



本人をはじめ、支援を行う方々みんなで
自立支援・重度化防止のことを知り、
考えていきましょう

12. 関係法令・参考資料等

- ・介護保険法
- ・介護保険最新情報 vol.685 「他職種による自立に向けたケアプランに係る議論の手引き」(厚生労働省平成30年10月9日)
- ・主任介護支援専門員研修ガイドライン(厚生労働省平成28年11月)
- ・保険者と介護支援専門員がともに行うケアマネジメントの質の向上のガイドライン(東京都 平成26年3月)
- ・「介護予防・日常生活支援総合事業における介護予防ケアマネジメント(第1号介護予防支援事業)の実施及び介護予防手帳の活用について」(厚生労働省平成27年6月5日)
- ・居宅介護支援専門員の手引き・改訂3版(東京都 平成25年3月)
- ・「上三川町指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準を定める条例」
- ・「介護予防サービス計画を自ら作成する場合の取扱いについて」(厚生労働省老健局振興課 平成18年6月9日)
- ・「自己作成とは」(全国マイケアプラン・ネットワーク <http://www.mycareplan-net.com/mycareplan/qa.html>)

